Ein Fall

von

Gastritis phlegmonosa idiopathica circumscripta.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

hohen medicinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Max Liese

aus

Eschwege.

München.

Buchdruckerei von M. Ernst.

1894.

Ein Fall

von

Gastritis phlegmonosa idiopathica circumscripta.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

hohen medicinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Max Liese

aus

Eschwege.

München.
Buchdruckerei von M. Ernst.
1894.

Referent: Herr Professor Dr. Bauer.

Im Nachstehenden soll ein Fall von Gastritis phlegmonosa veröffentlicht werden.

Bei der grossen Seltenheit dieser Krankheit des Magens ist es wohl am Platze, eine Uebersichtsdarstellung der Gastritis phlegmonosa aus der einschlägigen Literatur*) dieser Veröffentlichung vorauszuschicken.

Aetiologie.

Von vorneherein ist zwischen einer primären — idiopathischen und einer secundären — metastatischen Form zu unterscheiden. Letztere liefert die grösste Anzahl aller Fälle von Gastritis phlegmonosa und findet sich besonders als Folgecomplication mit schweren Infectionskrankheiten, wie: Pyämie, Puerperalprocessen, Typhus, Blattern, Milzbrand und allgemeiner Peritonitis; Erstere, welche hier allein berücksichtigt werden soll, kommt viel seltener vor. Als Ursachen werden übermässiger Genuss von Spirituosen, Traumen und Diätfehler genannt, alles Momente, welche unzählige Male auf den Magen einwirken, ohne dass sich bei den betreffenden Individuen diese schweren Erscheinungen, wie sie Gastritis phlegmonosa zeigt, einstellen.

Inwieweit die Einwanderung von Bacterien mit-

*) Leube. Specielle Diagnose d. inn. Krkh. Leipzig 1891. S. 245.

v. Ziemssen. Handb. d. Krkh. des chylopoctischen Systemes, II. Hälfte, pag. 46 ff.

Boas, Diagnostik u. Therapie der Mag.-Krkh., II. Theil, pag. 7 ff., Leipzig 1893.

wirkt, ist nicht festzustellen, die Möglichkeit aber keineswegs ganz auszuschliessen.

Hierzu bemerkt Eberth:*) „Zahlreiche und eingehende Untersuchungen haben für die nach Verletzungen, nach oberflächlichen Mykosen, nach mykotischer Endocarditis auftretenden Entzündungen innerer Organe niedere Pilze als die eigentlichen Ursachen erkannt. Für die sogenannten „spontanen" Eiterungen innerer Organe ist mit Ausnahme einiger Fälle von maligner Ostitis dieser Nachweis noch nicht erbracht."

Auch soll Gastritis phlegmonosa bei Männern häufiger beobachtet sein, als bei Frauen, doch wird sich diese Angabe erst als haltbar erweisen, wenn mehr Fälle — bis jetzt wurden 45 veröffentlicht — zur Beobachtung gelangt sind.

Pathologische Anatomie.

Die pathologisch-anatomischen Befunde berechtigen uns, eine Unterscheidung in zwei Formen aufzustellen.

Die erstere Form ist die Gastritis phlegmonosa circumscripta, der Abscess des Magens, die andere, die diffus purulente Infiltration der Magenwände, wobei diese bis zum sechsfachen des Normalen verdickt sein können.

Die Abscesse sind bald einfach, bald multipel, von Wallnuss- bis Faust-Grösse; es wird in der Litteratur ein Fall mit einem zwei Fäuste grossen Tumor, der nach innen aufbrach, erwähnt.

Am häufigsten ist die Submucosa betroffen, doch können auch Subserosa und Muscularis afficiert sein.

---

*) Eberth, Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. Bd. 28, pag. 1. 1881.

Für gewöhnlich ist die Serosa und Muscularis intact, oder zeigen nur das Bild der katarrhalischen Affection.

Sind sie aber arrodirt, so liegen zwei Möglichkeiten hinsichtlich des Ausgangs vor:

Erfolgt der Durchbruch des Abscesses in das Cavum des Magens hinein, dann kann Vernarbung der Abscesshöhle und im Anschlusse daran eventuell Stenose des Magenlumens eintreten, oder die Durchbruchsstelle könnte sich unter dem Einflusse der Magensäure in ein chronisches Geschwür umwandeln.

Die zweite Möglichkeit ist ein Durchbruch in die Umgebung, in die Bauchhöhle, durch das Zwerchfell in die Pleura oder durch die Bauchdecken hindurch nach aussen mit andauernder Magenfistel oder schliesslich nach verschiedenen Richtungen gleichzeitig.

Häufiger und genauer sind die Fälle von diffuser purulenter Gastritis beobachtet. Die Entzündung kann dann entweder den ganzen Magen oder nur einen Theil betreffen, in diesem Falle fand sich die Pylorusgegend bevorzugt.

Der Befund an den einzelnen Schichten ist nun folgender:

Die **Mucosa** zeigt sich verdickt und geröthet, von Blutaustritten durchsetzt, nur in einem Falle von Chvôstek von zusammenfliessenden, hellrothen, schwer abstreifbaren Gerinnungen bedeckt. Meist ist die Mucosa von einer grösseren Anzahl verschiedenartig aussehender Löcher, deren Ränder unterminirt sind, siebförmig durchbrochen. Auf Druck quillt aus ihnen Eiter, und durch sie hindurch gelangt man in das von Eiter durchsetzte, schwammig verdickte submucöse Gewebe,

dem eigentlichsten und häufigsten Sitz der Entzündung. In andern Fällen war die Mucosa, abgesehen von der Röthung und Schwellung, intact, und beim Einschneiden fand sich die ganze Submucosa vereitert, so dass zwischen Mucosa und Muscularis eine einzige Eitermasse war.

Die **Muscularis** kann unversehrt oder serös und eitrig infiltrirt sein, so dass die einzelnen Muskelbündel aus einander gedrängt werden, ist aber auch schon ganz eitrig zu Grunde gegangen gefunden worden.

Die **Serosa** kann ebenfalls, je nach dem Sitz der Phlegmone intact bleiben. Hie und da jedoch ist die intensivste Entzündung, bei welcher sich Auflagerungen schmutziger Exsudatmassen bilden, in ihr allein lokalisirt. Es kommt dann zu Verklebungen mit den Nachbarorganen, Leber und Darmkanal.

Nach Maixner beobachtete man öfters Injection der Duodenal-Schleimhaut, bisweilen Blut-Extravasate in das submucöse Bindegewebe des Darmkanals, Hyperämie der Lunge, der Niere und Milz.

Symptomatologie.

Im Anfangsstadium sind die Erscheinungen meist unklar, dann aber ist die Krankheit auch zu selten genau beobachtet worden, um ein typisches Krankheitsbild aufstellen zu können, besonders desshalb, weil häufig mit der phlegmonösen Entzündung der Magenwand eine mehr oder weniger weit ausgedehnte Peritonitis einhergeht und es nicht mit Sicherheit zu ermessen ist, welche der vorhandenen Symptome jeder einzelnen der Krankheiten zukommen.

Als Allgemeinerscheinungen zeigen sich Schmerz

im Epigastrium, Erbrechen, lentescirendes Fieber, in einzelnen Fällen Athmungsbehinderung, dann eine palpable Geschwulst im Epigastrium bis zur Faustgrösse und darüber.

Der Verlauf der circumscripten Form ist ein acuter und chronischer.

Es stellen sich Appetitlosigkeit, Kolik und Schmerzen ein, die, am stärksten im Epigastrium vorhanden, sich über den ganzen Unterleib ausdehnen. Oft ist ein Tumor zu fühlen. Heftiger Durst und Trockenheit der Zunge als Zeichen des Fiebers, kleiner, unregelmässiger, sehr frequenter Puls und Delirien, besonders aber Erbrechen mit Eiterbeimengungen. Schliesslich Exitus letalis im Collaps nach acht Tagen bis $2^1/_2$ Wochen. (Leube.)

Bei der chronischen Form zeigen sich die Magenschmerzen mehr intermittirend, ebenso wie das Fieber; es kommen Athembeschwerden hinzu, die Kranken magern schnell ab und endlich wiederum der Tod in Delirien und Collaps.

Die diffuse purulente Gastritis verläuft nach Maixner in der Regel in zwei Perioden, von denen die erste einer allein bestehenden, schweren acuten Gastritis, die zweite der hinzutretenden Peritonitis entspricht. Zwischen beiden soll ein Intervall von 2—3 Tagen mit einer scheinbaren Besserung liegen.

Das constanteste Symptom war stets das Erbrechen, nach Maixner vom Anfange der Krankheit bis zum Tode. Das Erbrochene bestand aus Galle, Schleim und anfangs Speiseresten, Eiter wurde darin bisher nicht gefunden (Leube), ein Moment, welches auch Bamberger in seinem Werke über die Krankheiten des

chylopoctischen Systemes als diagnostisch wichtig anführt:

„Eiter ist im Erbrochenen bisher nie beobachtet (vielleicht auch nicht gesucht) worden, sondern nur Galle und Schleim gefunden."

Fast ausnahmslos stellen sich Delirien ein oder wenigstens Unruhe und Angst.

Die lokalen Symptome treten oft unter dem Bilde der schweren Allgemeinerkrankung zurück.

In der Mehrzahl der Fälle besteht Meteorismus, häufig auch Diarrhoe. Die Kranken empfinden heftigen Durst, die Zunge ist trocken und stark belegt, der Puls klein und frequent. Ueber Fieber sind bislang zu wenige Daten gesammelt. Der Tod tritt im Collaps ein.

Kurz zusammengefasst schreibt Leube:

„Mitten in vollständiger Gesundheit, oder nachdem einige Zeit allgemeines Unwohlsein vorausgegangen, treten Leibschmerzen und Erbrechen auf, dazu gesellen sich Fieber, Durst, trockene Zunge, kleiner, frequenter, unregelmässiger Puls, Meteorismus und Diarrhoe. Im weiteren Verlaufe kommt es zu Delirien und Prostration, in welchen der Tod erfolgt.

Diagnose.

Intra vitam ist die Diagnose der Gastritis phlegmonosa diffusa kaum zu stellen, weil die dabei beobachteten Symptome sämmtlich auf eine complicirende Peritonitis bezogen werden können; nur in ganz besonders ausgeprägten Fällen, wenn die oben angegebenen Magensymptome gegen die peritonitischen Allgemeinsymptome in den Vordergrund treten und

durch die mikroskopische Untersuchung grössere Eitermengen im Erbrochenen nachgewiesen würden, wäre an die Möglichkeit einer Diagnose zu denken.

Aber selbst nicht, wenn bei dem beschriebenen Krankheitsbilde Eiter im Erbrochenen erscheint, ist es erlaubt, die Diagnose einer Gastritis phlegmonosa zu stellen, schreibt Leube in seiner „Speciellen Diagnose der inneren Krankheiten".*)

Er beobachtete nämlich einen Fall, bei dem die Hauptsymptome der phlegmonösen Gastritis sämmtlich entwickelt waren. Das schwere, mit Collaps einhergehende Krankheitsbild, die heftigen Schmerzen in der Magengegend, das intensive Erbrechen, das Fieber, der kleine, unregelmässige, beschleunigte Puls.

Im Erbrochenen fand sich ausser Magenepithelien, massenhaften Mycelfäden und Bacterien auch Eiter; trotzdem zeigte sich post mortem keine Gastritis phlegmonosa, sondern lediglich eine hochgradige Entzündung der Magenschleimhaut mit ganz ungewöhnlich starker eitriger Secretion auf der freien Oberfläche des Magens. Es ist danach also höchstens eine Vermuthungs-Diagnose erlaubt.

Mit grösserer Sicherheit wäre die Diagnose eines Abscesses zu stellen, wenn derselbe als circumscripter Tumor in der Magengegend zu fühlen wäre und wenn es zu plötzlichem Durchbruch massenhaften Eiters in den Magen und Erbrechen desselben, sowie gleichzeitigem Verschwinden des Tumors käme; doch ist hier zu berücksichtigen, dass der Eiter auch aus naheliegenden Abscessen der Leber, Milz, Niere und Pleura,

*) Leube, Spec. Diagnose d. inn. Krkh. Leipz. 1891. 3. Aufl. p. 245.

welche in den Magen perforiren, stammen kann. Die übrigen bei Magenabscess beobachteten Symptome, Schmerzen im Epigastrium, ständiges Erbrechen, lentescirendes Fieber, Respirations-Beschwerden, sind diagnostisch nicht verwendbar, da gerade in den bestbeobachteten Fällen von Magenabscess, dessen eitriger Inhalt erbrochen wurde, ziemlich jedes Krankheitssymptom bis zur Perforation des Abscess-Eiters in die Magenhöhle fehlte.

In jedem Falle ist die Diagnose mit der grössten Vorsicht zu stellen.

Prognose.

Die Prognose ist schlecht, wenn auch nicht absolut letal, wie drei Fälle einer Heilung beweisen.

Im Anschlusse an diese Darstellung lasse ich die Krankengeschichte meines Falles folgen.

Rosine M., Köchin, 37 Jahre alt, tritt am 27. X. in das Krankenhaus ein (II. med. Abth.).

Anamnese:

Die Eltern der Patientin sind todt, die Todesursache ist ihr unbekannt. Sie war schon einmal im Krankenhaus zur Behandlung eines Herzleidens und Gelenk-Rheumatismus, später wurde in der kgl. Frauenklinik die Operation einer Blasen-Scheiden-Mastdarm-Fistel mit gutem Erfolge an ihr vollzogen. Seit längerer Zeit nun, gibt sie an, habe sie sich unwohl und müde gefühlt; am 25. X. habe sie einen Anfall von Schüttelfrost mit nachfolgendem Fieber, sowie Stechen auf der Seite gehabt. Seitdem sei Fieber und Stechen geblieben.

Status praesens.

Patientin ist mittelkräftig gebaut und befindet sich in einem mässig guten Ernährungszustand. Das Fettpolster ist ebenfalls nur mässig entwickelt, die Hautfarbe blass, die Zunge belegt, die Schleimhäute sind cyanotisch verfärbt.

Die Lungen zeigen geringen Schallunterschied; rechts vorn ist das Athmen etwas verschärft, der Schall über dem rechten Unterlappen ist ein wenig tympanitisch. Rechts hinten oben ist die Athmung wie vorn.

Die Herzgrenze ist nicht verbreitert, der Spitzenstoss ist in der Mammillarlinie fühlbar. An der Spitze ist ein accidentelles Geräusch zu bemerken.

Der zweite Pulmonalton ist verstärkt und gespalten

Der Puls ist sehr beschleunigt, klein, spitz, weich, nicht sehr gespannt.

Die Milz ist etwas vergrössert.

Das Abdomen ist ziemlich gross, schlaff und nicht druckempfindlich.

Im Harn sind Eiweiss und Indican nachweisbar, mikroskopisch finden sich körnige und hyaline Cylinder nebst zahlreichen Blasenepithelien.

27. X. Temperaturen:

39 1 ^{10} Uhr morgens,
39.5 ^{12} „ mittags,
39.0 ^{2} „ „
40.0 ^{4} „ „
39.7 ^{6} „ „
39.3 ^{10} „ abends.

Der Puls 120 in der Minute.
Respirationen 28 „ „ „

Die Harnmenge beträgt 700 ccm.

Das specifische Gewicht desselben 1020. Stuhlgang ist nicht erfolgt.

28. X. Temperaturen:

37.6 2 Uhr morgens,
38.9 6 „ „
39.2 8 „ „
38.0 10 „ „
39.2 12 „ mittags,
40.0 2 „ „
39.7 4 „ „
39.6 6 „ „
39.7 10 „ abends.

Puls 120.
Respirationen 28.
Harnmenge } 400
Specif. Gewicht } 1020

1 Stuhl. Schweissausbruch.

Rechts unten ist über der Lunge feinblasiges Rasseln zu hören. Auswurf besteht nicht. Hyperaesthesie des Epigastriums. Die Milz ist nicht palpabel. Immer noch Eiweiss im Harn, aber kein Blut.

29. X. Temperaturen:

38.2 2 Uhr morgens,
39.5 6 „ „
38.6 10 „ „
39.2 12 „ mittags,
39.6 2 „ „
39.0 6 „ „
39.4 10 „ abends.

Puls 116. Respirat. 28.

Harnmenge } 500
Specif. Gewicht } 1020

Kein Stuhl.

Rechts hinten unten gedämpfter Schall und einzelnes Knistern vernehmbar.

30. X. Temperaturen:

39.0 2 Uhr morgens.
40.6 12 „ mittags.
38.1 10 „ abends.

Puls 128. Respirat. 28.

Harnmenge } 400
Specif. Gewicht } 1020

1 Stuhl.

Knistern links hinten unten.

31. X. Temperaturen:

38.0 2 Uhr morgens,
40.0 12 „ mittags,
39.5 10 „ abends.

Puls 128. Resp. 28.

Harnmenge } 550
Specif. Gewicht } 1020

1 Stuhl. Eiweiss im Harn.

1. XI. Temperaturen:

39.2 2 Uhr morgens,
39.4 12 „ mittags,
39.0 10 „ abends.

Puls 126. Resp. 26.

Harnmenge } 600
Specif. Gewicht } 1020

Ein Stuhl. Eiweiss im Harn.

2. XI. Temperaturen:

38.9 2 Uhr morgens,

39.4 12 Uhr mittags,
38.8 10 „ abends.

Puls 120. Resp. 26.

Harnmenge } 650
Specif. Gewicht } 1015

Kein Stuhlgang.

3. XI. Temperaturen.

39.5 2 Uhr morgens,
38.0 8 „ „
37.6 12 „ mittags,
38.4 10 „ abends.

Puls 90. Resp. 26.

Harnmenge } 400
Specif. Gewicht } 1011

Ein Stuhl.

4. XI. Temperaturen:

38.2 2 Uhr morgens,
38.0 12 „ mittags,
38.1 10 „ abends.

Puls 88. Resp. 26.

Harnmenge } 500
Specif. Gewicht } 1015

Kein Stuhl.

5. XI. Temperaturen:

38.4 2 Uhr morgens,
39.4 6 „ „
40.0 12 „ mittags.
40.0 6 „ abends.
39.3 10 „ „

Puls 92. Resp. 26.

Harnmenge } 400
Specif. Gewicht } 1015

Kein Stuhl.

6. XI. Temperaturen:

39.2 ^{2} Uhr morgens,
38.5 ^{12} „ mittags,
38.4 ^{10} „ abends.

Puls 108. Resp. 36.

Harnmenge } 650
Specif. Gewicht } 1015

Kein Stuhl. Im Harn Eiweiss.

Im Epigastrium zeigt sich eine circumscripte Hervorwölbung, die auf Druck sehr empfindlich ist; der Schall über dieser Stelle klingt fast gedämpft.

7. XI. Temperaturen:

38.5 ^{2} Uhr morgens,
37.2 ^{12} „ mittags,
40.5 ^{10} „ abends.

Puls 112. Resp. 34.

Harnmenge } 300
Specif. Gewicht } 1015

Kein Stuhl. Im Harn Eiweiss.

Auch der untere Theil ist aufgetrieben; der Schall klingt weich tympanitisch, die Druckempfindlichkeit ist bedeutend geringer, der Tumor ragt nach unten und über die Mittellinie palpabel hervor. Er scheint der vergrösserten Leber, deren Rand sehr druckempfindlich ist, zu entsprechen. Es werden Kataplasmen verordnet.

8. XI. Temperaturen:

40.6 ^{2} Uhr morgens,
40.2 ^{6} „ „
39.0 ^{10} „ „
37.9 ^{12} „ mittags,
37.2 ^{2} „ „

36.7 4 Uhr mittags
35.5 6 „ abends,
34.5 10 „ „
Puls 112. Resp. 40.
Harnmenge 70
Specif. Gewicht 1020
3 Stühle. Patientin wird klinisch vorgestellt.

In der Mitte des Epigastriums wird die Probepunction vorgenommen, um über die Natur des Tumors Positives zu erfahren. Es wird Magensaft von stark saurer Reaction aspirirt. HCl und Milchsäure nachweisbar. Der Tumor vergrössert sich immer mehr. Der untere Rand desselben reicht über den Nabel hinab, die Geschwulst fühlt sich sehr hart an und ist sehr druckempfindlich. Ueber dem Epigastrium ist der Schall noch immer tympanitisch.

9. XI. Temperaturen:

34.8 12 Uhr nachts,
35.0 4 „ morgens,
34.6 6 „ „
34.8 8 „ „
35.7 10 „ „
35.6 12 „ mittags,
35.8 2 „ „
36.0 4 „ „
36.4 6 „ abends,
36.6 8 „ „
36.2 10 „ „
Puls 104. Resp. 36.
Harnmenge 200
Specif. Gewicht 1015
2 Stühle. Im Harn Eiweiss.

10. XI. Temperaturen:

36.0 2 Uhr morgens,
37.0 6 „ „
37.5 10 „ „
37.6 12 „ mittags,
37.3 2 „ „
37.5 6 „ abends,
38.0 10 „ „

Puls 108. Resp. 30.

Harnmenge 500
Specif. Gewicht 1010

3 Stühle. Das Epigastrium ist noch stärker aufgetrieben und dabei sehr druckempfindlich.

Der Harn ist stark verunreinigt; Pat. litt an starkem Ausfluss und Blasenkatarrh, der sich während ihrer Krankheit nicht besserte. Wie in der Anamnese erwähnt, war Pat. wegen einer Blasen-Scheiden-Mastdarmfistel operirt. Die Verunreinigung des Urins, der freilich der Leibschüssel entnommen war, legte die Vermuthung, es könne sich wieder eine solche und jauchige Exsudate in ihrer Umgebung gebildet haben, nahe.

Da man der Annahme war, es bei der Pat. mit einem Leber-Abscess zu thun zu haben, so wäre der Nachweis einer wiederum entstandenen Fistel und jauchiger Herde für diese Diagnose von grosser Wichtigkeit gewesen.

Es wird desshalb eine Ausspülung der Blase vorgenommen. Die Spülflüssigkeit läuft aber weder in das Rectum, noch in die Vagina, die Blase erweist sich als schliessend. Der Harn wird mit dem Katheter gewonnen.

11. XI. Temperaturen:

37.2 ^{2} Uhr morgens
36.4 ^{12} „ mittags
37.0 ^{10} „ abends

Puls 112. Resp. 28.

Harnmenge 90
Specif. Gewicht 1014

4 Stühle.

12. XI. Temperaturen:

36.4 ^{2} Uhr morgens
35.2 ^{12} „ mittags
35.7 ^{10} „ abends

Puls 128. Resp. 36.

Harnmenge 300
Specif. Gewicht 1014

Kein Stuhlgang.

Die Auftreibung des Epigastriums nimmt zu. Der Percussionsschall über demselben ist fast leer, nur ganz schwach tympanitisch.

13. XI. Temperaturen:

36.4 ^{2} Uhr morgens
37.3 ^{12} „ mittags
37.5 ^{10} „ abends

Puls 118. Resp. 32.

Harnmenge 100
Specif. Gewicht 1015

14. XI. Temperaturen:

36.3 ^{2} Uhr morgens
36.7 ^{12} „ mittags
36.8 ^{10} „ abends

Puls 104. Resp. 30.

Harnmenge } 500
Specif. Gewicht } 1013

3 Stühle. Das ganze Epigastrium ist halbkugelig vorgewölbt und sehr druckempfindlich.

15. XI. Temperaturen:

36.7 2 Uhr morgens
35.9 12 „ mittags
36.5 10 „ abends

Puls 116. Resp. 24.

Harnmenge } 100
Specif. Gewicht } 1016

Kein Stuhlgang. Im Harn Eiweiss.

Abends erbricht Pat. ca. 100 ccm schleimige Flüssigkeit. Das Erbrochene ist sanguinolent, mit gelblichröthlichen Beimengungen.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt Magenepithelien und viele Eiterzellen.

16. XI. Temperaturen:

36.5 2 Uhr morgens
36.6 12 „ mittags
35.9 10 „ abends

Puls 100. Resp. 24.

Harnmenge } 200
Specif. Gewicht } 1018

Kein Stuhl. Eiweiss im Harn.

Pat. fühlt sich bedeutend besser. Nach weiterem Erbrechen von ca. 400 ccm schleimig-eitriger Flüssigkeit ist der Tumor fast völlig verschwunden. Der Eiter setzt sich in dem Glase, welches das Erbrochene enthält, rasch zu Boden.

17. XI. Temperaturen:

35.2 2 Uhr morgens

36.5 12 Uhr mittags
35.4 10 „ abends
Puls 88. Resp. 24.
Harnmenge } 100
Specif. Gewicht } 1010

3 Stühle.

18. XI. Temperaturen:
36.1 2 Uhr morgens
36.4 12 „ mittags
36.4 10 „ abends
Puls 92. Resp. 24.
Harnmenge } 100
Specif. Gewicht } 1010

5 Stühle.

Vom 20. bis 23. XI. schwanken die Temperaturen zwischen 35.5—36 7. Der Puls zwischen 92—104. Die Resp. zwischen 22 - 24. Täglicher Stuhlgang. Die Harnmenge beträgt am 20. und 21. XI. je 200 ccm bei einem specif. Gewichte von 1010. Am 22. XI. $\frac{600}{1007}$ am 23. XI. $\frac{600}{1008}$

24. XI. Temperaturen:
36.0 2 Uhr morgens
36.9 12 „ mittags
38.2 10 „ abends
Puls 84. Resp. 22.
Harnmenge } 1000
Specif. Gewicht } 1003

Kein Stuhl, dagegen wiederum zweimaliges Erbrechen. Das Erbrochene enthält noch immer Eiter in confluirenden Massen, die sich bei gleichzeitigem

Erbrechen von Milch durch ihre rothgelbliche Farbe abheben. Um 6 Uhr abends erfolgte ein Anfall von Schüttelfrost.

25. XI. Temperaturen:

37.8 ^{2} Uhr morgens
37.6 ^{12} „ mittags
38.2 ^{2} „ „
39.0 ^{4} „ „
40.0 ^{6} „ abends
35.0 ^{10} „ „

Puls 140. Resp. 28.

Harnmenge } 1300
Specif. Gewicht } 1007

1 Stuhl. Im Laufe der Nacht erbricht Pat. noch mehrmals Flüssigkeit von derselben Beschaffenheit wie früher. Am Nachmittag wiederum 2maliges Erbrechen. Das Erbrochene enthält jetzt keinen Eiter mehr, nur Fleischfasern, wie die um 4 Uhr vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergibt.

Um 5 Uhr ein neuer Schüttelfrost.

26. XI. Temperaturen:

35.9 ^{2} Uhr morgens
37.1 ^{12} „ mittags
36.8 ^{10} „ abends

Puls 96. Resp. 26.

Harnmenge } 1400
Specif. Gewicht } 1013

Kein Stuhlgang. Eiweiss im Harn.

27. XI. Temperaturen:

36 0 ^{2} Uhr morgens
37.2 ^{12} „ mittags
36.7 ^{10} „ abends

Puls 82. Resp. 28.
Harnmenge } 1400
Specif. Gewicht } 1011

Kein Stuhlgang. Im Harn Eiweiss. Um 5 Uhr abends erbricht Pat. von Neuem. Diesmal ca. 100 ccm reinen Eiters.

28. XI. Temperaturen:
36.2 2 Uhr morgens
37.0 12 „ mittags
36.8 10 „ abends
Puls 84. Resp. 28.
Harnmenge } 800
Specif. Gewicht } 1009

29., 30. XI. und 1. XII. Mässige Temperaturen:
Puls durchschnittlich 84. Resp. 24.
Harnmenge } 700
Specif. Gewicht } 1008

Eiweiss im Harn Täglich 2 mal Stuhlgang.

2. XII. Temperaturen:
36.1 2 Uhr morgens
37.3 12 „ mittags
37,0 10 „ abends
Puls 92. Resp. 20.
Harnmenge } 1100
Specif. Gewicht } 1006

Kein Stuhlgang. Eiweiss im Harn. In der Nacht mehrmals Erbrechen.

Von jetzt an hört das Erbrechen auf. Die Temperaturen halten sich in den Grenzen 36.0 – 37.9. Der Puls ist jedoch noch wechselnd zwischen 72 und 100. Die Respirationen 18, 20 und 22. Die Harnmenge steigt allmählig auf 1200. Das specifische Gewicht

1010—1013. Die Eiweissmenge nimmt stetig ab. Am 16. I. sind nur noch Spuren nachweisbar. Das Körpergewicht der Patientin nimmt seit dem 11. XII. fortwährend zu. Dasselbe betrug:

am	11. XII.	41,0	kg.
„	16. XII.	41,2	„
„	23. XII.	41,9	„
„	30. XII.	43,0	„
„	7. I.	44,4	„

Da Patientin keine Beschwerden mehr empfindet und von Tag zu Tag im Allgemeinbefinden eine Besserung zu verzeichnen ist, wird dieselbe auf ärztliche Anordnung in die Reconvalescenten-Anstalt entlassen.

Betrachten wir das Krankheitsbild kurz und übersichtlich.

Am 27. X. tritt Patientin ins Krankenhaus ein Sie hat sich schon längere Zeit unwohl und matt gefühlt, ohne für diesen Zustand eine specielle Ursache angeben zu können. Plötzlich, am 25. X., tritt ein Anfall von Schüttelfrost auf mit nachfolgendem Fieber und Stechen auf der Seite. Die Kranke befindet sich bei ihrer Aufnahme ins Spital im Zustande allgemeiner Schwäche. Die Respiration ist etwas vermehrt, der Puls klein und frequent. Die Temperatur beträgt 39 °.

Die Untersuchung des Harns ergibt das Vorhandensein von Indican und Eiweiss, wie denn letzteres während der ganzen Dauer ihrer Krankheit überhaupt nachweisbar ist, am Ende derselben jedoch nur noch in Spuren; mikroskopisch finden sich hyaline und

körnige Cylinder, sowie Blasenepithelien — es besteht Ausfluss und Cystitis.

Das Erscheinen von Eiweiss im Harn bei gleichzeitigem intermittirenden, hohen Fieber ist als febrile Albuminurie zu diagnosticiren. Das accidentelle Geräusch der Herzspitze, sowie die Verstärkung und Spaltung des zweiten Pulmonaltones kann mit dem nach Angabe der Kranken überstandenen Gelenkrheumatismus in Zutammenhang gebracht werden.

Am 28. X. besteht Hyperaesthesie im Epigastrium.

Am 6. XI. zeigt sich, nachdem die allgemeinen Erscheinungen der Schwäche, des wechselnden Fiebers keine wesentliche Aenderung erfahren hatten, und die Schmerzhaftigkeit in der Magengegend eine grössere geworden war, ein circumscripter, sehr druckempfindlicher Tumor im Epigastrium. Die Spannung der Bauchdecken und die Schmerzhaftigkeit dehnt sich weiter über das Abdomen aus.

Da die Palpation der Leber den Eindruck macht, als ob sie sich nach rechts und links, sowie nach unten vergrössert habe — man fühlt nämlich, von dem Tumor im Epigastrium ausgehend, nach rechts und unten eine deutliche, druckempfindliche Verhärtung, welche dem unteren Rande der vergrösserten Leber entsprechen würde — glaubt man sich zur Diagnose eines Leberabscesses berechtigt. Die vorgenommene Probepunktion über dem vorgewölbten Theile des Epigastriums ergibt die Aspiration von Magensaft, der stark sauer reagirt, und in welchem HCl und Milchsäure nachweisbar sind.

Die Vergrösserung der Leber nimmt immer mehr zu. Zur Sicherstellung der Diagnose eines Leber-

abscesses resp. um eine Quelle für die eitrigen Prozesse in der Leber zu finden, unternimmt man nun, da die Patientin s. Z. wegen einer Blasen-Scheiden-Mastdarm-Fistel operirt war, eine Spülung der Blase.

Es konnten sich ja eine neue Fistel und im Anschluss daran jauchige Exsudate in ihrer Umgebung gebildet haben. Es findet sich jedoch nichts Abnormes, die Blase schliesst.

14. XI. ist das Epigastrium halbkuglig vorgewölbt, das Abdomen gespannt und sehr druckempfindlich.

Am 15. XI. folgt Erbrechen von ca. 100 ccm einer aus Schleim, Eiter und Magenepithelien bestehenden Flüssigkeit.

Am 16. XI. weiteres Erbrechen. Die Menge des Erbrochenen beträgt 400 ccm und besteht ebenfalls aus Schleim und Eiter. Gleichzeitig verschwindet der Tumor. Die Kranke verspürt eine bedeutende Erleichterung.

Das Erbrechen hält nun intermittirend an bis zum 2. XII.

Am 25. XI. ist im Erbrochenen kein Eiter mehr nachweisbar, den 27. XI. wird wieder reiner Eiter erbrochen, und seit dem 2. XII. hat das Erbrechen überhaupt aufgehört. Der Appetit nimmt langsam zu, das Körpergewicht steigt ziemlich schnell und die Patientin kann als genesen entlassen werden.

Differentialdiagnose.

Im Anfange war man versucht, einen Leberabscess zu diagnosticiren, weil der äussere Befund und die Anfangserscheinungen für einen solchen sprechen konnten, so die Vergrösserung der Leber (nach rechts,

links und unten), die Schmerzhaftigkeit bei der Palpation, vor Allem aber das von Schüttelfrösten unterbrochene hohe Fieber.

Hält man auf Grund dieser Symptome an der Diagnose eines Leberabscesses fest, so kämen differentialdiagnostisch in Betracht: der Bauchwand-Abscess; doch liegt derselbe oberflächlicher und ist nicht mit einer Vergrösserung der Leber verbunden.

Sodann könnte es sich um einen erweiterten Echinococcussack handeln, eine Unterscheidung von Leber-Abscess wäre dann nur möglich, wenn die Punction Echinococcen zutage förderte.

Ein pleuritisches Exsudat ist in diesem Falle auszuschliessen.

Die im Epigastrium zur Sicherstellung der Diagnose vorgenommene Punction ergibt Magensaft, entgegen der Annahme, dass es sich um Leberabscess handle.

An der Stelle des Stiches entwickelt sich — dies wurde in der Krankengeschichte nicht erwähnt — ein kleiner Abscess, der incidirt wird und narbig ausheilt.

Da es von grösster Wichtigkeit für die Diagnose eines Leberabscesses ist, wenn eine Quelle für die Eiterbildung entdeckt oder wenigstens mit grosser Wahrscheinlichkeit vermuthet werden kann, so wurde, da, wie bereits erwähnt, Patientin wegen einer Fistel operirt war, eine Blasenspülung ausgeführt, in der Annahme, es könne sich eine neue Fistel und jauchige Herde gebildet haben. Das Resultat war jedoch ein negatives; die Blase erweist sich als vollkommen schliessend. Mit einem Male änderte sich aber das ganze Krankheitsbild, als bei der Patientin am 15. XI.

Erbrechen eintrat. An 2 Tagen werden ca. 600 ccm schleimig-eitrige Flüssigkeit erbrochen, und der Tumor verschwindet.

Das Erbrechen dauert jetzt bis zum 2. XII. intermittirend fort, das Erbrochene zeigt stets dieselbe Beschaffenheit, es besteht aus Schleim, Eiter und Epithelien.

Die Möglichkeit eines in den Magen perforirenden Leberabscesses ist wohl nicht ganz auszuschliessen, wenn man auch jetzt zu der Vermuthung kommt, dass ein Magenabscess vorliegt.

Letzterer Diagnose entsprechen auch viel eher die bei Patientin vorhandenen Symptome nach allen Beobachtungen, welche man bisher über Magenabscess gemacht hat.

Das Bild der schweren Allgemeinerkrankung, die dyspeptischen Erscheinungen, die Schmerzen in der Magengegend mit Ausdehnung über das ganze Abdomen, die ziemlich rasche Entwicklung eines Tumors im Epigastrium — in diesem Falle mit Ausdehnung nach rechts, — besonders aber der kleine, frequente Puls, das Fieber, die vermehrte Respiration und das Erbrechen massenhaften Eiters unter gleichzeitigem Verschwinden des Tumors.

Es wird nun die Diagnose einer „Gastritis phlegmonosa circumscripta“ gestellt, welche aber nur eine Vermuthungsdiagnose sein kann, da Patientin genas.

Gegenwärtig, also nach 4 Monaten seit ihrer Entlassung, befindet sich dieselbe wiederum in ärztlicher Behandlung. Es hatte sich nämlich unter ähnlichen Erscheinungen von Neuem im Epigastrium ein Tumor mit deutlicher Fluctuation gebildet.

An Stelle der alten, von der Punction herrührenden Narbe wurde incidirt, und seitdem besteht daselbst eine Fistel, aus der sich, namentlich bei Druck, Eiter entleert.

Desshalb behalte ich mir vor, über diesen Fall eventuell später noch zu berichten.

Pat. konnte hier aus dem Krankenhaus am 16. I. als geheilt entlassen werden. Es ist das ein Ausgang ihrer Krankheit, welcher bei Betrachtung der Litteratur über Gastritis phlegmonosa, die ziemlich spärlich ist, als Ausnahme bezeichnet werden muss.

Im Ganzen sind bis jetzt 45 Fälle veröffentlicht; 43 finden sich übersichtlich zusammengestellt in einer Mittheilung von Mintz,*) im Anschluss an seine Veröffentlichung eines Falles von Gastritis phlegmonosa, auf die ich hier verweisen möchte, da eine Wiedergabe zu viel Raum beanspruchen würde.

Die übrigen zwei**) veröffentlichten Fälle sollen unten ausführlicher folgen, zumal einer von ihnen sehr sorgfältig beobachtet wurde.

Fall I.***)

Patientin, Mutter von 4 Kindern, 32 J. alt, erblich in keiner Weise belastet, von nüchterner und regelmässiger Lebensweise. Nur einmal vor Jahren krank

---

*) Mintz, ein Fall von Gastr. phlegm. diff. im Verlauf eines Magenkrebses. Deutsch. Archiv f. klin. Med. B. 49, pg. 487.

**) H. Beckler. Ein Fall von idiopath. Phlegm. Gastritis. Bayer. Intelligenz-Bl. 1880, No. 37.

Lewin. Zur Casuistik der Gastrit. phlegm. idiopath. Berlin: klin. Wochenschrift 1884, No. 5.

***) Beckler. Bayer. Intelligenzblatt 1880, No. 37.

gewesen. Sie hatte schon immer einen etwas empfindlichen Magen gegen gewisse Speisen, z. B. Sauerkraut, will sich aber gerade in letzter Zeit sehr wohl befunden haben und bei gutem Appetit gewesen sein. Körpergewicht, einschliesslich leichter Kleidung, 80 Kg.

12. Mai 1880 erster ärztlicher Besuch. Pat. war schon vorher 5—6 Tage bettlägerig.

Anfangserscheinungen waren Kopfweh, Abgeschlagenheit, einmaliges Erbrechen, mehrere Tage anhaltende Verstopfung; danach etwas Diarrhoe, einige Nächte starke Schweisse. Kein Initialfrost. Nun klagt sie über schweren eingenommenen Kopf, grosse Müdigkeit, verminderte Esslust. Nachts wenig Ruhe. Puls schwach, 120. Kein Fieber. Milz etwas vergrössert. Uebrige Organe nichts Abnormes.

Diarrhoe hörte auf. Dieser Zustand blieb bis 25. Mai, von da ab fast anhaltendes Erbrechen bei nüchternem und leerem Magen, wie nach Nahrungsaufnahme. Pat. meinte trotzdem Appetit, ja Hunger zu haben.

Bald jedoch Appetitmangel und Widerwille gegen jede Nahrung. Klagt über fortwährendes Gefühl von Völle, Schwere, Druck und Unbehagen in der Magengegend, ohne eigentlichen Schmerz; auch nicht druckempfindlich.

Da Kranke seit fast 14 Tagen nicht geschlafen, wurde vom 2. Juni jeden Abend 3 g Chloralhydrat per anum gegeben, da Morphium, wie alles Andere erbrochen wurde. Die Klystiere waren von Erfolg.

Nahrung bestand aus Milch und Milchkaffee. Nach 5tägigem Erbrechen Untersuchung des Erbrochenen. Dasselbe war flüssig, mit kleinen Flocken

gemischt, von der Consistenz und dem Ansehen stark gelb gefärbter Milch. Reaction sauer. Unter dem Microskop war das ganze Gesichtsfeld voll Eiterzellen. Von nun an wurden nur die Schleimmengen untersucht, die in nüchternem Zustande erbrochen wurden. Die Menge des erbrochenen Schleimes betrug jedesmal 20—30 g. Reaction stets alkalisch; Massen von Eiterzellen darin.

7. Juni. Nacht gut. Morgens früh Erbrechen. Den ganzen Tag wird von dem Genossenen nichts behalten. Puls abends schwach 110—116.

8. VI. Derselbe Zustand. Von jetzt an täglich 1.5 l Flüssigkeit; halb Milch, halb Wasser per anum in den Darm gebracht, theilweise resorbirt.

9. VI. Sol. argent. nitr. 0.15—150.0 Aqu. Täglich 4 mal einen Esslöffel gegeben. Pat. glaubt sich besser zu fühlen.

10. VI. Die Nacht schlecht; die eingelassene Milch wird nicht behalten. Am Nachmittag sehr heftiges Erbrechen, grosse Hitze und Bangigkeit. Trockenheit der Zunge. Puls abends 130. Mässige Temperaturerhöhung.

11. VI. Nacht gut. Befinden am Morgen ziemlich gut. Sie erbricht sehr wenig. Milchkaffee wird 2 mal behalten. Puls sehr schwach, 140 morgens und abends.

12. VI. Nacht gut. Früh morgens Erbrechen. Puls 140.

13. VI. Nacht gut. Früh Erbrechen. Grosse Schwäche. Puls 120. Im Schleim finden sich keine Eiterzellen mehr. Dagegen massenhaft Pflasterepithel, weniger Cylinderepithel; die Reaktion ist alkalisch. Ein Theil des Schleimes lässt sich in 2—3 mm breite,

deutlich weissgestreifte Bänder ausziehen. Mikroskopisch bietet er das Bild jungen Bindegewebes mit einzelnen eingesprengten Eiterzellen, die dem Zerfalle nahe sind.

Von nun an wird kein Eiter mehr beobachtet, sonst ist der Zustand derselbe. Es wird fast Alles erbrochen, auch bei leerem Magen.

14. VI. Nacht nicht gut. Tagsüber öfters Erbrechen. Im Erbrochenen Spuren von Blut.

16. VI. Das Erbrechen hat aufgehört. Pat. fühlt eine merkliche Erleichterung. Das Erbrechen ist jetzt ein- für allemal beendet. Die Kranke befindet sich im Zustande äusserster Schwäche. Absolute Schlaflosigkeit und keine Esslust. Zwei bis drei Tage hindurch ist Morphium ohne Erfolg, dagegen auf 1 Esslöffel Chloralhydrat 10.0 : 120.0 Aqu. schläft sie die ganze Nacht.

5. VII. Puls 120. Immer noch Appetitmangel, dabei juckendes Eczem an den beiden Vorderarmen.

Das Erbrechen hatte vom 18. Mai fast anhaltend bis 15. Juni gedauert. Magenschmerz war eigentlich nie vorhanden. Der Magen war niemals aufgetrieben. Auch kein Meteorismus.

Der Stuhlgang, zuerst angehalten, erfolgt aber wieder spontan und von normaler Consistenz. Leichte Delirien bestanden während einiger Nächte. Vom 6. bis 13. Juni ist zweimal eine Temperatur von 39,0 zu verzeichnen, sonst ist eine niedere Temperatur bemerkenswerth. Die Kranke klagte öfters über Hitzegefühl im Magen und grossen Durst. Der Collaps war bedeutend. Von da ab erfolgte allmähliche Besserung ohne weitere Folgen.

Ueber die Therapie bemerkt Beckler: „Vom 17. bis 22. Mai wurde, der Annahme einer typhösen

Erkrankung entsprechend, und wegen der damals schon bestehenden Schwäche Chinin gegeben.

Bei Auftreten des Erbrechens Natr. bicarb. Tct. Rhei aquosa. Mixtur: gummos. mit Opium. Infus. Rhei. Eisumschläge anfangs gut, nach wenigen Tagen nicht mehr ertragen.

Vom 9. VI. wird Argent. nitr. gegeben, was möglicher Weise günstig gewirkt hat. Gleichzeitig als Nahrung Buttermilch, die wochenlang allein vertragen und von der Patientin gern genommen wurde.

Fall II.[1])

Am 27. Februar 1879 ärztlicher Besuch. Patient Bureaudiener M., angeblich vor 2 Tagen mit Frostanfall und nachfolgender Hitze erkrankt.

Der Kranke, 59 Jahre alt, seit 30 Jahren verheirathet, von Jugend an stets gesund bis auf eine Peritonitis vor 28 Jahren. Er lebt sehr mässig und namentlich dem Alkoholgenuss nicht ergeben. Er bewohnt einen Keller, der so feucht war, dass das Wasser aus den Wänden hervortrat und so dunkel, dass selbst am Tage die Untersuchung des Patienten nur bei künstlicher Beleuchtung möglich war.

Patient klagt über Schmerzen in der Magengegend, Appetitlosigkeit und Stuhlverstopfung. Die Zunge war braun belegt. Fieber dem Gefühl nach nicht vorhanden. Sensorium vollkommen frei.

Ordinat. acid. mur. und Ol. Ricin. Am andern Tage Stuhl erfolgt. Die Schmerzen im Epigastrium hatten sich, namentlich auf Druck, sehr gesteigert. Erbrechen grünlich gelber Massen. Eisblase auf das Epigastrium und kleine Dosen Morphium. An den

folgenden Tagen zeigte sich Fieber. Das Erbrechen blieb unverändert, und allmählich hatte sich die Schmerzhaftigkeit über das ganze Abdomen ausgebreitet.

Die Untersuchung am 5. III. ergab Dämpfung über dem ganzen Abdomen und am 6. III. eine solche handbreitgross hinten links unten am Thorax. Es bestanden daselbst Stiche, und es hatte sich Husten eingestellt. Das Sensorium, das in den ersten Tagen völlig intact war, wurde in den letzten gänzlich benommen; selbst auf lautes Anrufen gab Patient keine Antwort. Ausserdem waren über dem ganzen Körper Petechien von bläulich-rother Farbe ausgebreitet, von denen einzelne, so z. B. am rechten Oberschenkel, die Grösse einer Haselnuss erreichten.

Temperatur am 6. III. 38,6 °, Puls klein und frequent.

Als Patient bei seiner Ueberführung in das Krankenhaus ans Tageslicht kam, wurde ein intensiver Icterus der Conjunctiva und der Cutis beobachtet, was bei der künstlichen Beleuchtung entgangen war. Im Krankenhause nahm der Collaps, trotz reichlicher Anwendung von Analepticis sehr schnell zu und in der Nacht vom 7. zum 8. III. Exitus letalis.

Die Autopsie ergab ein kleines, eitriges Exsudat im linken Pleurasack, eine diffuse, serös-eitrige Peritonitis mit starker Verklebung sämmtlicher Unterleibsorgane und eine multiple Abscess-Bildung zwischen Mucosa und Serosa des Magens. Ausserdem fand sich eine leichte parenchymatöse Nephritis.

Zum Schlusse spreche ich meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. Bauer für die freundliche Ueberlassung des Falles, sowie Herrn Privatdocenten Dr. May für die mir gütigst zur Verfügung gestellte Litteratur und ertheilten Anweisungen meinen tiefgefühlten Dank aus.